

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 19

Travail de la Clinique des maladies cutanées
et vénériennes
de la Faculté de Médecine de Lyon

Contribution à la Bactériothérapie
du **BUBON CHANCRELLEUX**
Traitement par le Vaccin T. A. B.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 30 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LOMBARD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à BESANÇON (Doubs), le 30 Mai 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

CONTRIBUTION A LA BACTÉRIOTHÉRAPIE
DU BUBON CHANCRELLEUX
TRAITEMENT PAR LE VACCIN T. A. B.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N^o 19

Travail de la Clinique des maladies cutanées
et vénériennes
de la Faculté de Médecine de Lyon

Contribution à la Bactériothérapie
du **BUBON CHANCRELLEUX**
Traitement par le Vaccin T. A. B.

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Novembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LOMBARD

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né à BESANÇON (Doubs), le 30 Mai 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président ; GARIN, assesseur

THEVENOT Lucien et FAVRE agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE,

A MON PÈRE,

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS,

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et vénériennes
de la Faculté de Lyon,
Médecin à l'Antiquaille,
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LACASSAGNE,
Chef de clinique à l'Antiquaille

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUTOT,
*Ancien Chef de clinique de l'Antiquaille,
Chef du Centre de Dermato-Vénéréologie
de la XIV^e Région*

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

CONTRIBUTION A LA BACTÉRIOTHÉRAPIE
DU BUBON CHANCERELLEUX
TRAITEMENT PAR LE VACCIN T. A. B.

INTRODUCTION

« Il faut bien l'avouer, la thérapeutique du bubon chancrelleux est singulièrement décevante ; que de traitements ont été préconisés qui devaient être des panacées et qui n'ont eu qu'une heure de succès. »
(P^r Nicolas).

A l'heure actuelle, après les belles recherches de Reenstierna, de C. Nicolle et de tant d'autres, la thérapeutique des manifestations chancrelleuses semble être entrée dans une phase décisive. Ce ne sera peut-être pas la méthode purement spécifique qui prévau-dra, mais il est indiscutable que la méthode biologique générale de traitement a pris le pas sur tous les traitements locaux qui ont été en honneur durant de longues années et qui, très souvent, ne donnaient pas des résultats en rapport avec la gravité toute locale du chancre mou et de ses complications. Il était désirable d'arriver à quelques résultats rapides et positifs. Car, comme l'écrivait le Professeur Rollet en 1861, « les maladies vénériennes sont endémiques dans le monde entier ; elles forment une bonne partie

des maux qui affligent ou dégradent l'humanité ; et, quoiqu'on ait dit qu'elles n'épargnaient « ne couronne ne crosse », elles sévissent surtout avec une intensité déplorable sur les classes pauvres. Voilà ce qui recommande plus particulièrement ces maladies à notre attention ; car, envisagées en elles-mêmes et en dehors de leurs rapports avec les sociétés humaines, elles n'ont qu'un place modeste et ne s'élèvent pas au-dessus des autres dans la hiérarchie nosologique. Au rebours d'une Ecole célèbre dont l'esprit et la bonne humeur n'étaient pas les moindres qualités, on a vu, à diverses époques, des moralistes afficher à l'égard des maladies vénériennes une pruderie aussi irréfléchie que peu charitable ; mais ni cette frivolité, toute inoffensive qu'elle soit, ni surtout ce rigorisme dédaigneux ne représentent l'état général des esprits en face de la question qui nous occupe. Disons déjà que personne, autrefois, ne méconnaissait ou ne feignait de méconnaître le côté pratique par lequel ce sujet touche à tant d'intérêts sociaux de premier ordre.

Les remèdes n'ont pas manqué à la maladie, ni les longues dissertations en prose et même en beaux vers. Ici, comme toujours, les difficultés ont multiplié les dévouements ; et ce sera l'éternel honneur de notre profession, que les hommes qui l'ont le plus illustrée, aient été précisément ceux que les plaies sociales les plus malsaines ont le plus constamment et le plus passionnément attirés. » (*P^r Rollet*).

Dans le grand chapitre de vénéréologie du chancre mou, de ses complications et de leurs différents trai-

tements, c'est à M. le Professeur Nicolas que revient déjà l'honneur d'avoir utilisé, dès 1922, l'autohémothérapie ; c'est encore lui qui, en 1925, eut l'idée d'un traitement par un vaccin non spécifique, pyrétogène, s'injectant par voie intraveineuse. M. le Professeur Nicolas employa le vaccin T.A.B.

C'est l'exposé de ce traitement et des résultats obtenus à la clinique dermatologique de l'Antiquaille qu'il a bien voulu nous confier pour sujet de notre thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'accueil si bienveillant que nous avons toujours reçu dans son service, pour avoir mis à notre disposition les résultats de ses recherches sur la question et pour nous avoir aidé, dans notre travail, de ses conseils et des leçons de sa haute expérience. Qu'il daigne agréer nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le Docteur Moutot soit assuré de notre profonde gratitude pour le précieux enseignement qu'il nous a donné. Il a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous a toujours accueilli avec son amabilité coutumière dans son service de l'hôpital militaire Desgenettes.

Nous adressons également nos sincères remerciements à M. le Docteur J. Lacassagne ; il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils et a été, pour nous, un guide précieux et sûr dans l'élaboration de ce modeste travail.



CHAPITRE PREMIER

Les différents traitements biologiques du chancre mou et de ses complications 1912-1926

Le chancre simple, chancre mou ou chancrelle (*Diday*), l'*ulcus sordidum* des latins, est connu de toute antiquité. Au début, il était bien différencié des autres maladies vénériennes; puis il fut considéré, ainsi que la blennorrhagie du reste, comme manifestation syphilitique.

C'est seulement en 1852 que Bassereau, élève de Ricord, a établi, sur des bases solides, la doctrine de la dualité, vigoureusement soutenue par l'Ecole lyonnaise de l'Antiquaille représentée par Rollet. Les divers documents des écrivains de l'Antiquité et du Moyen-Age établissent d'une manière certaine que les praticiens d'alors, comme ceux de nos jours, observaient sur leurs clients des chancres, des pustules hideuses sur le corps et à l'anus, contagieux par le coït,

des bubons ou poulains qui suppuraient, formant une tumeur dans le pli de l'aîne. Hippocrate mentionnait déjà les bubons survenus à la suite d'ulcérations des organes génitaux, venant *propter decubitum cum muliere fœda*. Ils étaient également connus des Romains, comme en témoignent les épigrammes de Juvenal et la satire de Martial reprochant à une courtisane les stigmates qu'elle porte au pli de l'aîne. Celse les décrit admirablement bien ; au XIII^e et XIV^e siècle, on les mentionne comme une maladie très répandue, commune, vulgaire et déjà exploitée par les charlatans. Les chirurgiens, de 1270 à 1480, en font des descriptions remarquables auxquelles un auteur moderne aurait peu à ajouter et surtout « ils les traitaient, comme il convient de les traiter, c'est-à-dire par des moyens surtout locaux. »

Depuis, les idées ont singulièrement évolué et la thérapeutique du chancre mou a fait de réels progrès. Jusqu'en 1912, en effet, les différents traitements proposés ont été purement locaux, soit chirurgicaux soit médicamenteux. Mais tous tendaient vers le même but : abréger le plus possible la durée du traitement ; empêcher la formation d'une cicatrice inesthétique, stigmaté indélébile d'une lésion vénérienne et, pour ce faire, arrêter le plus rapidement possible l'évolution du bubon et détruire la virulence du chancre. Voulez-vous, disait Ricord, connaître d'un seul mot le secret de la thérapeutique du chancre mou : réduire l'ulcération spécifique à l'état d'un ulcère simple. Car si dans le chancre simple, nulle altération de la santé, nulle infection de l'économie ne suivra son

apparition, si nous ne craignons rien pour la constitution du malade, des complications locales inflammatoires, suppuratives et gangréneuses, pourront se produire ; grâce à sa virulence puissante, le chancre simple sèmera fréquemment et se multipliera pendant un temps illimité par une série de réinoculations successives.

A l'heure actuelle, on a abordé l'étude du traitement général par les méthodes biologiques modernes. Le traitement du chancre mou, et tout particulièrement de sa principale et plus grave complication, le bubon, a fait ces temps derniers l'objet de multiples travaux. Le nombre même des procédés successivement préconisés indique assez qu'aucun n'est parfait. Il est incontestable pourtant qu'un grand pas vient d'être fait. On conçoit facilement les avantages multiples de méthodes thérapeutiques susceptibles, sans intervention locale, d'amener la résolution du bubon et de l'ulcération chancreuse, étant donné surtout le peu d'efficacité des traitements médicamenteux et les nombreux inconvénients du traitement chirurgical.

La première idée fut d'instituer une thérapeutique spécifique, les agents biologiques s'étant montrés, en beaucoup de circonstances aussi embarrassantes, particulièrement efficaces et féconds dans leurs résultats. La connaissance du virus chancereux a été nécessaire pour orienter la thérapeutique dans cette direction rationnelle ; car le bacille de Ducrey (*Congrès de Paris, 1889*) présente certaines propriétés dont il a fallu tenir compte ; à signaler surtout son peu de

résistance vis-à-vis de la chaleur (puisqu'il paraît succomber à une température voisine de 40°) et la difficulté qu'on avait à le cultiver. Il ne pousse pas en effet sur les milieux habituels ; les premières cultures ont été réalisées par Bezançon, Griffon et Le Sourd, qui ont réussi à le cultiver sur gélose molle au sang défibriné de lapin. Ch. Nicolle et Reenstierna ont poursuivi ces études et ont eu le grand mérite d'indiquer un procédé encore plus fidèle d'isolement et de culture, celle-ci résistant plus d'un mois. Ces découvertes primordiales une fois connues, la thérapeutique spécifique du chancre mou n'avait plus qu'à se développer.

Les premiers essais furent faits dans le sens de la vaccinothérapie. Cette nouvelle voie fut tracée par des médecins japonais. Tamara, Nakato et Take-moto firent les premières tentatives d'une vaccination spécifique antistreptobacillaire.

De nouveaux essais furent tentés en 1913 par Tet-suta Ito, de Tokio, qui fit ses recherches sous l'inspiration de Brück à la clinique de Breslau. Il traita ainsi 12 cas de bubons chancrelleux, dont la guérison fut obtenue en une huitaine de jours, qu'ils fussent à leur phase initiale ou qu'il y eut déjà un commencement de suppuration ; mais il n'obtint pas une action très nette sur la lésion ulcéreuse elle-même.

En 1919, T. Kurita, médecin de la marine japonaise, traita 18 malades atteints de bubons par un vaccin préparé avec des bacilles de Ducrey ; il diminua ainsi la douleur et abrégea la durée de la tuméfaction ganglionnaire.

En 1921, Stumpke et Frei ont préparé un vaccin spécialement destiné à combattre la lésion ulcéra-tive. La technique de préparation en est assez com-pliquée, car il ne faut employer que le streptobacille pur, obtenu du chancre lui-même. Injecté dans les muscles ou de préférence dans les veines, il amène, sans réaction générale très violente, la guérison en une quinzaine de jours. Sur les bubons, ce vaccin paraît avoir une action beaucoup moins nette.

Aux journées médicales marocaines de Casablanca, Charles Nicolle et P. Durand, de l'Institut Pasteur de Tunis, ont fait, le 26 décembre 1924, une communica-tion relative à la vaccinothérapie antistreptobacillai-re. La préparation de leur vaccin est plus simple et moins coûteuse que celle du vaccin de Stumpke. Cette méthode donne toute satisfaction. Ces auteurs ont été les premiers à introduire en France l'emploi d'un vaccin spécifique (1).

Actuellement, Reilly et Rivalier mettent au point une méthode de vaccination assez semblable à celle de Nicolle. Ils injectent, non pas les corps microbiens, mais l'endotoxine des bacilles de Ducrey.

Tout récemment, à Strasbourg, Hababou-Sala a publié les résultats particulièrement heureux et en-courageants qu'il aurait obtenus par un procédé de vaccinothérapie locale du chancre et du bubon : pan-sements et injections intraganglionnaires d'un filtrat-vaccin de cultures faites sur bouillon additionné de milieu à l'œuf de Besredka. Ces injections sont faites

(1) Pour les résultats voir : Fuchs, thèse, Lyon, Novembre 1926.

chaque jour après évacuation du pus ; puis mise en place d'un pansement aseptique de l'aine malade, avec des compresses imbibées de filtrat-vaccin ; même pansement des chancrelles.

Voici résumées les différentes vaccinations spécifiques qui se font toutes par traitement général, sauf celle d'Hababou-Sala qui utilise le traitement local comme les différentes vaccinations non spécifiques.

Jausion et Diot, en effet, ont traité avec succès des bubons par des injections locales d'un filtrat-vaccin provenant de l'ensemencement de la flore microbienne associée des chancrelles. Ils se servaient soit d'auto-filtrats soit plutôt de stock-filtrats (staphylocoques - streptocoques) ; en général deux ou trois ponctions-injections, espacées de quarante-huit heures, permettaient, sans déclencher de réaction, d'obtenir la régression des symptômes.

Une méthode analogue mais non identique est la véritable vaccinothérapie locale de L. Fournier et Lonjumeau, mélange à parties égales de cultures de staphylocoques polyvalents, de streptocoques et d'entérocoques.

Ils utilisent à la fois liquide de culture et corps microbiens ; on injecte, après évacuation, mais il se produit une réaction générale avec élévation thermique et, localement, une forte poussée leucocytaire. Il faut inciser le lendemain, laver et panser au vaccin ; repos au lit. Ces auteurs pensent expliquer leurs résultats par un choc local produit par les protéines bactériennes injectées plutôt que par une véritable vaccination locale.

Le chapitre de la sérothérapie spécifique appartient en entier à Reenstierna. Il réalisa, le premier, un sérum spécifique en inoculant à des béliers, par voie intraveineuse, des doses croissantes de cultures mortes puis vivantes. Il essaya ce sérum sur cent cas de bubons à la clinique du Professeur Almkvist, à Stockholm ; il observa des améliorations très nettes dès la première injection intramusculaire de dix centimètres cubes. Welander, en 1885, avait observé que chez certains individus, porteurs de chancre mou, qui contractaient une autre maladie, par exemple une pneumonie, avec élévation de la température, les ulcères se cicatrisaient très vite. Welander avait constaté aussi, comme Aubert, qu'en général les inoculations de pus chancrelleux à la peau des malades présentant une fièvre élevée, restaient négatives. D'autre part les travaux antérieurs de Reenstierna lui avaient montré que le sérum antigonococcique avait une action plus puissante si on provoquait simultanément une élévation de la température du patient. Dans le but d'appliquer ici le même principe, il ajouta à son sérum des cultures mortes de bactéries thermogènes (dans le cas particulier de bacilles d'Eberth), produisant ainsi chez le malade une réaction fébrile favorable, selon lui, à la destruction du microbe. L'action se manifestait dès le lendemain de la première injection. En général, deux injections (à quatre ou cinq jours d'intervalle), parfois une seule, rarement trois, sont suffisantes. Jamais il n'y eut de rechute. Le chancre se cicatrise dans la plupart des cas, sous l'influence de la sérothérapie seule, mais parfois cel-

le-ci n'amène pas la guérison. En ce qui concerne les bubons, les résultats ont été encore meilleurs. Mais il y avait une réaction générale et locale assez intense ; et d'autre part la préparation de ce sérum étant longue et coûteuse, il ne semble pas que le procédé soit actuellement d'une pratique courante aisée.

Ces différents vaccins spécifiques ou mixtes donnèrent des résultats appréciables, diminuant la douleur et arrêtant parfois l'évolution vers la suppuration.

A côté d'eux se développa une nouvelle méthode biologique, appelée à prendre dans la suite un grand développement : la protéinothérapie par les albumines hétérogènes dont les résultats brillants, dans un grand nombre d'affections médicales et dermatologiques, sont incontestables. Les auteurs avaient été frappés de la façon dont divers vaccins ou sérums, préparés en vue du traitement spécifique de telle ou telle maladie microbienne, avaient également une action thérapeutique manifeste vis-à-vis d'autres maladies. Puis on constata que de simples substances protéiques, sans spécificité aucune, produisaient également dans certains cas d'heureuses réactions ; leur action pouvait être comparée à celle des vaccins et sérums utilisés dans les mêmes conditions. De là on est arrivé à cette conception que la vaccinothérapie et la sérothérapie spécifiques n'agissaient peut être bien que par un processus semblable à celui des autres substances protéiques.

Dans cet ordre d'idées, les produits les plus variés ont été utilisés. Les injections de lait de vache furent

préconisées par Schmidt, Saxl et Kraus. Ce traitement a donné de bons résultats entre les mains de tous les auteurs qui l'ont pratiqué.

En Allemagne, c'est Müller, Weiss et Scherber qui ont signalé les premiers l'action des injections de lait sur les bubons.

En Italie, Lorenzo Marini, Cattaneo dans le service de Pasini.

En France, le Docteur Bonnet, avec Juvin, ainsi que dans la thèse de Sauvez (1922), a publié les bons résultats obtenus avec le lait. « Nous dirons, écrit ce dernier, que les injections de lait n'agissent ni par action spéciale sur le bacille de Ducrey ni par la fièvre produite. Il n'y a aucune relation constante entre la fièvre et l'action thérapeutique. En effet, si dans nos expériences nous avons constaté une amélioration du côté des bubons, par contre le chancre n'est généralement pas modifié : donc, pas d'action directe sur le streptobacille. »

D'autre part, Brendt, Fault, Langer ne remarquent aucune relation de cause à effet entre la fièvre et les résultats. La fièvre, quand elle existe, peut jouer un rôle, mais on ne peut pas parler de simple « fieberthérapie ». Les allemands, du reste, ont utilisé au lieu de lait, des solutions préparées industriellement avec son albumine : la plus employée est le caséosan.

Pontoizeau a traité seize malades en leur injectant quatre centimètres cubes de vaccin de Delbet en plein muscle. Il faut insister sur la réaction locale souvent très pénible et surtout sur la réaction générale (40° - frissons, etc...). Les résultats ont été le plus souvent

satisfaisants et surtout remarquables dans les cas de bubons fistuleux et même chancrellisés. Gougerot, Garriga l'ont essayé également avec plein succès. Ces auteurs s'accordent pour attribuer l'action du vaccin de Delbet à ses propriétés hautement pyrétogènes.

En novembre 1922, M. le Professeur Nicolas a été le premier à préconiser « en France et, croyons-nous, à l'étranger », l'autohémothérapie dans le traitement du bubon chancrilleux. Cette méthode, entre ses mains et celles de son élève Gayet, a donné des résultats excellents, environ trois fois sur quatre, sans aucune réaction locale ni générale. A Paris, en 1925, Falcoz publia les brillantes guérisons qu'il avait obtenues en appliquant ce procédé dans le service du Professeur Jeanselme.

Enfin, en 1925, MM. Nicolas et Lacassagne, reprenant l'étude de la vaccinothérapie antistreptobacillaire, écrivaient : « En raison de la fréquence inusitée des chancres simples et de leurs complications, observés à Lyon, nous avons pu pousser plus loin l'étude de cette vaccinothérapie; et nous nous sommes demandés quel était le facteur agissant du vaccin de Nicolle-Durand. Agit-il par sa spécificité, par son action pyrétogène ou par l'action des protéines qu'il contient ? Les résultats fournis par l'intradermoréaction qui, toujours ou presque toujours, ont cadré avec la clinique, nous portaient à croire, en se défendant pourtant de toute idée préconçue, que c'était bien là un vaccin agissant par sa spécificité. Nous avons voulu cependant vérifier la chose et avons eu l'idée d'employer dans le traitement des bubons chancrilleux les injections intraveineuses de vaccin T.A.B. »

CHAPITRE II

Traitement des manifestations chancrelleuses par le vaccin T. A. B.

L'injection du vaccin T.A.B. dans le traitement des manifestations chancrelleuses se faisant par voie intraveineuse, l'instrumentation et la technique sont excessivement simples. Comme pour toute piqûre intraveineuse, il suffit d'une aiguille à ponction veineuse et d'une seringue de capacité suffisante pour contenir le vaccin, déjà dilué dans du sérum physiologique, et une certaine quantité de sang du malade, afin de diluer encore le vaccin et l'injecter moins massivement dans le torrent circulatoire ; pousser l'injection le plus lentement possible, après s'être entouré de toutes les précautions d'asepsie nécessaires.

Pour le liquide vaccinal, tout vaccin T.A.B. suffisamment dilué, convient. Celui employé à la clinique dermatologique de l'Antiquaille, est un vaccin antityphoïdique et para A et B, préparé par le docteur Lebeuf à l'Institut bactériologique de Lyon, et conte-

nant 250 ou 500 millions de bacilles par centimètre cube.

Dans les premiers cas traités, « nous avons employé, écrivent MM. Nicolas et Lacassagne, le vaccin T. A. B. utilisé comme préventif des infections typhoïdes, c'est-à-dire une suspension microbienne renfermant deux milliards de bacilles typhiques, un milliard de para A et un milliard de para B par centimètre cube. Au début, nous injectons un quart de centimètre cube d'un tel vaccin, soit un milliard de microbes pour la première injection ; selon la tolérance, nous augmentons d'un quart de centimètre cube pour atteindre un centimètre cube. Les réactions ont été telles, la fièvre, accompagnée de violentes poussées d'herpès a été si élevée (40°-41°) que, malgré les heureux résultats cliniques obtenus, nous avons diminué les quantités de microbes injectés. »

Actuellement, et la plupart des observations qui vont suivre sont établies sur une telle gradation, on débute par une première injection de 250 millions; et suivant la réaction, on renouvelle 250 ou on monte progressivement à 500 millions, puis 750 et enfin un milliard. dose que l'on dépasse exceptionnellement. Parfois un milliard 250 millions a été injecté si les auteurs se sont aperçus que le sujet était suffisamment résistant pour supporter le choc qui devait s'ensuivre. Toute la technique est en effet basée sur la courbe de température et les symptômes cliniques de réaction présentés par le malade.

Habituellement, en suivant la gradation indiquée, les injections se font à deux ou trois jours d'interval-

le. L'injection intraveineuse est certes un procédé très actif qui a permis d'obtenir des résultats rapides et souvent définitifs lorsqu'on emploie la vaccination à titre curatif.

A l'Antiquaille, en effet, les résultats obtenus sur le bubon avec ce traitement bactériothérapique sont « très brillants ». Dans la majorité des cas, les phénomènes locaux et subjectifs, rougeur, gonflement, gêne au pli de l'aîne, douleur, s'amendent rapidement. Dès le lendemain de la première injection, quelques fois le soir même, la douleur a presque complètement disparu. Quant aux phénomènes inflammatoires, généralement au bout de deux ou trois injections, rarement davantage, ils sont considérablement diminués. Ils ont pourtant parfois, avant de céder, marqué une période d'exacerbation. L'infiltration, la périadénite disparaît moins rapidement ; car il n'est pas rare de voir les malades quitter l'hôpital, ayant encore au niveau du bubon un nodule, un placard induré, indolore, qui ne disparaîtra que postérieurement. Nous n'avons pas d'observations de malade ne présentant uniquement que la réaction ganglionnaire, le chancre étant déjà cicatrisé depuis quelques temps. Par contre, sur quarante-sept observations, nous en avons quarante-deux dont les malades présentaient à la fois chancre et bubon : soit un total de cinquante-deux bubons.

Quatre, au début de leur évolution, qui ont été guéris en une dizaine de jours de moyenne (6 et 17 comme extrêmes).

18 autres, à la période inflammatoire, se résorbèrent dans une moyenne de 13 jours (6 et 22 jours).

25 bubons étaient déjà arrivés à la période de fluctuation ; nous avons eu 5 échecs et 20 succès en 12 jours (4 et 24 jours). Sur ces 20 succès, 3 se sont ouverts et 3 autres ont été ponctionnés. Mais à la fin du traitement les phénomènes inflammatoires avaient complètement disparu et toute la région inguinale était revenue à l'état normal. On peut donc conclure, malgré ces 6 cas qui avaient été pris à une époque trop avancée de l'évolution du bubon, que la fluctuation disparaît, soit qu'elle s'amorce, soit qu'elle soit déjà installée.

Nous avons enfin observés 5 cas de bubons ouverts : 3 ont guéris ; nous avons eu deux échecs, dans l'un le malade a voulu quitter le service avant la fin du traitement ; dans l'autre le bubon s'était chancrellisé. Le traitement a duré en moyenne 10 jours (7 et 16 jours), a amené l'arrêt de l'écoulement, l'assèchement et la résorption du bubon .

Quant aux bubonules nous en avons traités 3 avec succès dont 1 chancrellisé, en 10 jours environ.

En résumé :

Bubon : 52. — Echecs : 7, soit 13.50 %.

Bubonule : 3. — Echec : 0.

Le traitement doit être conduit avec le moins d'injections possible. En moyenne 5 ont suffi à amener la guérison (2 et 9 injections). Après la cédation de tous les phénomènes morbides, il serait peut-être prudent de faire encore une injection de consolidation.

On ne doit pas laisser les malades reprendre un travail fatigant avant la cicatrisation complète de leurs chancrelles et avant d'avoir obtenu une régression et une indolence totales.

Parmi toutes nos observations, il faut en signaler 3 où il y a eu récédive :

OBSERVATION I : récédive du bubon 4 jours après la sortie.

OBSERVATION XXVI : le premier bubon s'était chancrellisé; le malade sort et quelques jours, réapparition de bubons bilatéraux qui guérissent par une nouveau traitement au vaccin T.A.B.

OBSERVATION XXIX : 4 jours après la sortie, récédive d'un bubon sans reprise des chancres. Il cède sous l'action de 2 injections de vaccin T.A.B.

On peut donc dire théoriquement que la majorité des bubons cède à un traitement par le vaccin T.A.B., en une moyenne de 10 jours, avec 5 injections progressivement croissantes de 250 millions, 500, 750, 1 milliard et 1 milliard.

A noter que les signes de propagation lymphatique disparaissent rapidement quand ils existent, ce qui est la minorité des cas.

Sur le chancre, les résultats sont moins heureux. Dès la première injection, dans la majorité des cas, on remarque une amélioration souvent assez notable; l'ulcération se déterge, l'épidermisation commence mais s'étend rarement jusqu'à la guérison. Ainsi deux malades n'ont présenté que des chancres, sans adénite; le traitement par le vaccin T.A.B. n'a

entraîné qu'une ébauche de guérison. Il a fallu avoir recours au traitement local habituel.

Les chancres, accompagnés de bubons, semblent avoir été plus heureusement influencés. Sur 42, 15 sont arrivés à une guérison complète en 13 jours environ (9 et 22 jours). Nous avons eu 1 cas de récurrence après guérison paraissant complète et définitive.

En résumé :

Chancres seuls : 100 % d'échecs.

Chancres avec adénite : 64,25 % d'échecs.

Pour les chancres d'inoculation, nous n'aurions, semble-t-il, que des échecs à enregistrer ; car bien souvent ils ont été cautérisés avant qu'on ait pu voir sur eux l'action du vaccin T.A.B. Il faudrait, pour se rendre compte de ses effets sur la virulence du chancre et sur l'évolution des chancres d'inoculation, faire des auto-inoculations avant, pendant et après le traitement. « Il nous a été impossible, dit Ravaut, d'arrêter dans leur évolution des chancres récents de réinoculation aussi bien par les vaccins antichancrelleux que par les autres procédés. » Il faut donc avoir toujours recours, pour les chancres, à un traitement local énergique par la cautérisation.

Il va sans dire qu'un traitement tel que celui par le vaccin T.A.B., ne va pas sans réactions pour le malade ni sans incidents, n'ayant jamais eu à enregistrer d'accidents graves au cours de nos observations.

Nous avons d'abord les réactions que l'on rencontre dans tout choc protéinique.

Une fièvre souvent très forte, débutant par des fris-

sons violents, une demie-heure, d'autres fois deux heures, après l'injection, avec son maximum huit à dix heures après ; le malade a une grande sensation de froid, réclame des bouillottes et des couvertures ; il claque des dents ; ceci est suivi d'une période de sueurs profuses ; généralement, dès le lendemain, la fièvre est tombée ; en même temps une courbature généralisée s'établit, le malade est comme brisé ; il se plaint d'arthralgie, de céphalée, d'inappétence.

D'autre part, nous trouvons les manifestations du choc vaccinal : dyspnée légère, tendance aux lipothymies, nausées, vomissements (nous n'avons jamais remarqué de cyanose, anurie, albuminurie), et enfin l'herpès qui ne semble pas être une manifestation spéciale au vaccin T.A.B., d'autres auteurs l'ayant signalé après des injections de produits divers, faites dans le but soit de protéinothérapie, soit de pyrétothérapie. Dans la plupart de cas, la durée du malaise ne dépasse par 24 ou 36 heures, arrivant rarement à 48. Voilà le tableau des réactions ressenties par le malade après la première injection.

La réaction qui suit la deuxième, peut être aussi violente, mais elle est toujours plus brève. Pour les suivantes, les réactions sont nettement plus faibles. On ne rencontre pas ici les phénomènes d'anaphylaxie, avec sensibilisation de l'organisme par une première injection ; au contraire, il semble qu'une accoutumance s'établisse. De même que les réactions générales deviennent moins intenses, de même l'efficacité du vaccin diminuerait légèrement. Les chocs seraient plus faibles ; peut-être, si l'on admet que l'hyperther-

mie est un agent thérapeutique, cette moindre efficacité est-elle due à la moindre élévation thermique qui suit les dernières injections.

Au cours des traitements des chancres mous effectués à l'Antiquaille, nous n'avons jamais vu d'accidents graves, à plus forte raison mortels. Il ne faut pourtant pas oublier que les réactions générales rendent cette thérapeutique assez sévère et par conséquent il ne faut l'appliquer qu'à bon escient, en tenant pour contre-indications formelles : les sujets déprimés, les cachectiques (tuberculeux - asystoliques), les accidents pulmonaires aigus, les lésions orificielles ; on ne l'emploiera qu'avec prudence chez ceux dont l'équilibre colloïdo-clasique est mal assuré, comme les asthmatiques et les migraineux.

Il nous reste à parler des poussées d'herpès qui surviennent dans le traitement des manifestations chancrelleuses par le vaccin T.A.B., ainsi qu'assez souvent à la suite de vaccination antityphoïdique banale. C'est en général un simple herpès labial ou labio-mentonnier qui a revêtu pourtant dans certains cas une intensité et une étendue tout à fait exceptionnelles. Si l'herpès de la vaccination n'avait été observé qu'à la suite de la vaccination triple (Typhique - para A et B) on aurait pu penser qu'il relevait de l'intoxication produite par les poisons paratyphiques ; car l'herpès n'est pas rare au cours des fièvres paratyphoïdes.

Or, on le voit apparaître également chez des sujets soumis seulement à la vaccination par le simple bacille d'Eberth et son apparition a, dans ces condi-

tions, quelque chose de paradoxal ; car on sait que l'herpès ne s'observe pas dans la fièvre typhoïde légitime. L'herpès, dans ce cas, est une manifestation non d'infection mais de choc albuminoïdique.

Parfois, on voit une fièvre brusque et intense de quelques jours se terminer par une éruption d'herpès, ce qui a conduit à admettre l'existence d'une fièvre herpétique ; celle-ci n'est sans doute que la manifestation d'une infection légère, telle que celle provoquée artificiellement par les injections d'émulsions microbiennes diverses. Pourquoi ces poussées herpétiques se produisent-elles chez certains individus et en épargnent-elles d'autres ? Faut-il voir en elles un élément favorable de pronostic ? D'autres auteurs les ayant signalées parmi les manifestations de choc protéinique ou dans celles de la pyrétothérapie, il semble logique, jusqu'à nouvel ordre, de les considérer comme telles. Au cours de nos observations, nous avons constaté 14 fois cette réaction particulière de l'organisme : 7 fois l'herpès apparut après la première injection ; 6 fois après la deuxième ; il n'y a qu'une seule fois où l'herpès se manifesta après la troisième injection. Dans tous ces cas, le phénomène a rapidement rétrocedé.

CHAPITRE III

Observations

Toutes les observations qui vont suivre, sont celles de malades de la salle Saint-Camille, de la clinique dermatologique de l'Antiquaille; elles m'ont été transmises grâce à l'obligeance de MM. Nicolas et Lacasagne. Les deux dernières sont dues à l'amabilité de M. le Docteur Moutot qui m'a autorisé à traiter ces malades par le vaccin T. A. B. dans son service de l'hôpital militaire Desgenettes.

OBSERVATION I

G... Florentin.

25 août 1925. — $1/4$ cm³ (1). — 40°7. — Chancres mous du fourreau et du prépuce, datant de 15 jours; bubon gauche rouge, assez douloureux, semblant légèrement ramolli.

(1) Dans les 5 premières observation, $1/4$ de cm³ renferme 1 milliard de bacilles.

26 août 1925. — Les chancres sont détergés; quant au bubon, la rougeur et la douleur sont très diminuées.

Cette première injection a été suivie d'une réaction générale violente.

Intradermoréaction au Ducrey : positive.

Intradermoréaction au T. A. B.: positive.

27 août 1925. — 1/2 cm³. — 39°9. — Bubon indolore.

29 août 1925. — Bubon guéri; on traite seulement les chancres en les cautérisant.

3 septembre 1925. — Le malade s'en va; il reviendra le 14 avec un bubon très enflammé, datant de 8 jours; on le traite par l'autohémothérapie.

Il peut quitter le service, guéri, le 24 septembre.

OBSERVATION II

A... Jacques.

31 août 1925. — 1/4 cm³. — 40°3. — Chancre du fourreau datant d'une douzaine de jours.

Enorme bubon gauche, rouge violacé, très fluctuant, prêt à s'ouvrir, moyennement douloureux, apparu il y a environ 6 jours.

Le malade a interrompu son travail il y a 3 jours.

Intradermoréaction au T. A. B. : négative.

1^{er} Septembre 1925. — Le bubon est moins tendu; la peau moins rouge; amélioration très nette. Une grosse réaction vaccinale est apparue.

2 septembre 1925. — 1/2 cm³. — 39°5. — Intradermoréaction au Ducrey : positive.

4 septembre 1925. — Le bubon s'est ouvert : pus classique.

Herpès confluent des lèvres. Depuis le début des injections, le malade se plaint de faiblesse générale.

5 septembre 1925. — L'herpès s'est étendu aux joues et au menton.

7 septembre 1925. — Le bubon ne suppure plus; un peu de ramollissement subsiste.

OBSERVATION III

Ch... Joseph.

Entre le 26 août 1925 : chancre du fourreau en pleine évolution.

Bubon gauche énorme, très rouge, douloureux, ramolli.

Aucun traitement local ni général n'est institué ; on prescrit le repos au lit : amélioration. Les 28 et 31 août : injections d'autohémothérapie ; bubon ramolli, non douloureux.

2 septembre 1925. — 1/4 cm³. — 40°6. — Le bubon est prêt à s'ouvrir.

4 septembre 1925. — Grosse réaction ; herpès des lèvres ; le bubon n'est pas modifié.

5 septembre 1925. — 1/2 cm³. — 40°7. — Herpès labio-mentonnier. Intradermoréaction au Ducrey : positive.

7 septembre 1925. — La réaction a été moins violente.

Le bubon n'est plus douloureux ; la peau est revenue à sa coloration normale. Le ramollissement reste stationnaire.

8 septembre 1925. — 1/4 cm³. — 39°1.

10 septembre 1925. — Le bubon complètement éteint continue à être très fluctuant.

On ponctionne et on retire 15 cm³ d'un pus chocolat.

15 septembre 1925. — Bubon éteint, il persiste une grosse fluctuation. Aucune douleur.

OBSERVATION IV

L... Ernest.

Entré le 1^{er} septembre, pour un bubon gauche, consécutif à un chancre datant d'un mois.

Essai de traitement par le repos : pas de résultats.

7 septembre 1925. — 1/2 cm³. — 41°5. — Gros bubon très rouge, peu douloureux, nettement fluctuant à la partie inférieure.

9 septembre 1925. — La réaction générale a été violente.

Localement, la douleur et la rougeur sont diminuées; la fluctuation est à peine perçue.

12 septembre 1925. — Fluctuation nette, superficielle à la partie déclive; on a l'impression que le bubon va s'ouvrir spontanément; mais pas de symptômes inflammatoires; on ponctionne : pus chocolat très lié.

16 septembre 1925. — Le bubon s'est ouvert au niveau de la ponction.

18 septembre. — Fistule tarie; le bubon est guéri.

OBSERVATION V

B... Edouard.

8 octobre 1925. — 1/4 cm³. — 40°7. — Chancre mou du frein datant d'un mois.

Volumineux bubon inflammatoire gauche, fluctuant et ramolli dans toute son étendue.

10 octobre 1925. — 1/2 cm³. — 41°. — Bubon très fluctuant.

12 octobre 1925. — Inflammation éteinte; mais il subsiste une grosse fluctuation.

14 octobre 1925. — Herpès apparu après la dernière piqûre à la joue et à la commissure labiale droite. On ponctionne le bubon.

22 octobre 1925. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

R... Claudius.

16 novembre 1925. — Traité en octobre pour syphilis.

Chancre et bubon déjà traités par l'autohémothérapie : amélioration.

18 février 1926. — Le malade a eu de nouveaux rapports fin décembre, à la suite desquels s'est développé un chancre simple du sillon et un nouveau bubon droit très rouge, volumineux, fluctuant, très douloureux.

- 20 février 1926. — 250 (1).
22 février 1926. — 500. — Bubon prêt à s'ouvrir.
24 février 1926. — 750.
26 février 1926. — 750.
1^{er} mars. — 750. — Chancre en voie de cicatrisation.
Le bubon, moins douloureux, diminue de volume.
3 mars 1926. — 750. — On cautérise le chancre.
9 mars 1926. — 250. — Bubon nettement fluctuant.
10 mars 1926. — Ouverture spontanée du bubon qui est moins douloureux et diminue de volume.
11 mars 1926. — 500.
13 mars 1926. — 750. — Chancre guéri; amélioration notable du bubon.
15 mars 1926. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION VII

B... Ahmed.

- 28 novembre 1925. — 250. — 40°2. — Chancre péno-scrotal.
Bubon gauche suppuré et chancrellisé.
Bubon droit inflammatoire, non ramolli.
2 décembre 1925. — 250. — 39°. — Bubon gauche sec, très amélioré.
Bubon droit très ramolli.
Intradermoréaction au T. A. B. : négative.
4 décembre 1925. — 500. — 38°2. — Bubon gauche très amélioré; bubon droit sans changement.
7 décembre 1925. — 750. — 38°8. — Bubon gauche presque cicatrisé; bubon droit fluctuant, moins enflammé.
9 décembre 1925. — 1 milliard. — 38°3.
11 décembre 1925. — 1 milliard. — 38°5. — Bubon gauche cicatrisé; le droit se résorbe.
14 décembre 1925. — Guérison complète.

(1) Dans les observations qui vont suivre, ces chiffres indiquent le nombre de millions de bacilles injectés.

OBSERVATION VIII

F... Eligio.

- 2 décembre 1925. — 250. — 39°4. — Chancre du frein datant de 20 jours; bubon droit datant de 15, fluctuant.
4 décembre 1925. — 500. — 40°2. — Bubon non modifié.
7 décembre 1925. — 750. — 38°9.
9 décembre 1925. — 1 milliard. — 37°8. — Le chancre qui n'a jamais été cautérisé, va mieux.
Intradermoréaction au T. A. B. : négative.
11 décembre 1925. — 1 milliard. — 38°3. — Bubon presque resorbé.
14 décembre 1925. — Il ne subsiste qu'un nodule ramolli; le chancre va mieux.
15 décembre 1925. — 1 milliard. — 38°4.
18 décembre. — Bubon et chancre guéris.

OBSERVATION IX

F... Clément.

- 9 décembre 1925. — 500. — 41°. — Le malade est dans le service depuis le 17 novembre.
Chancre du sillon, guéri, datant de 3 semaines.
Bubon droit non ramolli, mais rouge et douloureux.
11 décembre 1925. — 500. — 39°9. — Apparition d'herpès labial. Grosse réaction fébrile; coup de fouet au niveau du bubon qui est plus rouge et douloureux.
14 décembre 1925. — 1 milliard. — 39°6. — Le bubon ne diminue pas; tendance à fluctuer.
16 décembre 1925. — 1 milliard 250. — 40°2. — Bubon fluctuant.
18 décembre 1925. — 1 milliard. — 39°6. — Grosse amélioration.
21 décembre 1925. — 1 milliard 250. — 39°8. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION X

D... Marcel.

- 11 décembre 1925. — 250. — 40°7. — Chancres élevés du fourreau; seraient apparus 3 semaines après un coït

isole dans le temps. Bubon gauche, rouge, inflammatoire, fluctuant, très douloureux, ayant débuté 8 jours après les ulcérations.

12 décembre 1925. — Bubon moins douloureux, moins tendu.

13 décembre 1925. — 500. — 40°4.

14 décembre 1925. — Bubon plus flasque; herpès, vomissements bilieux; la réaction débute 20 minutes après l'injection par des frissons; sensation de fièvre; céphalées, puis sueurs profuses.

15 décembre 1925. — 1 milliard. — 40°5.

16 décembre. — Bubon flasque; chancres guéris spontanément.

17 décembre 1925. — 1 milliard. — 39°2.

19 décembre 1925. — 1 milliard. — 40°4. — Le bubon s'affaisse.

21 décembre 1925. — 1 milliard. — 40°3. — Le bubon ne fluctue plus.

22 décembre 1925. — Rougeur, fluctuation légère; pas de douleur. Le malade sort.

Revu le 28 décembre, il est complètement guéri.

OBSERVATION XI

B... Areski.

17 décembre 1925. — 250. — 40°6. — Chancre mou du fourreau apparu il y a 9 jours.

Bubon gauche empâté, rouge, non fluctuant.

Bubonule fluctuant, au niveau du chancre.

18 décembre 1925. — Bubonule moins enflammé; autoinoculation positive.

19 décembre 1925. — 500. — 40°8. — Le bubonule évolue : il est rouge, très fluctuant et reste douloureux; un herpès de la lèvre inférieure, même sur la face muqueuse, est apparu ce matin.

21 décembre 1925. — 500. — 40°2. — Bubonule très enflammé, poussée d'herpès labio-mentonnier.

- 23 décembre 1925. — 500. — 40°4. — Bubonule amélioré, bubon guéri; intradermoréaction au T. A. B.: négative.
- 26 décembre 1925. — 500. — 40°7. — Il subsiste un petit nodule fibreux à gauche; le bubonule est guéri.

OBSERVATION XII

K... Ahmed.

- 17 décembre 1925. — 250. — 39°2. — Chancre du gland datant de 1 mois; autoinoculation: positive.
Bubon droit empâté, non fluctuant.
Furoncle de l'abdomen en pleine activité.
- 19 décembre 1925. — 500. — 40°3. — Hier soir, apparition d'herpès sur les commissures labiales.
Chancre d'autoinoculation atone; bubon affaissé; le furoncle a guéri comme par enchantement.
- 21 décembre 1925. — 500. — 39°5. — Bubon guéri; chancre stationnaire; énorme poussée d'herpès labio-mentonnier.
- 23 décembre 1925. — 750. — 39°2. — Intradermoréaction au T.A.B.: négative.
Chancre du gland cicatrisé sans traitement.
Chancre d'inoculation a l'aspect d'une petite pyodermite en voie de guérison, mais évolueront à nouveau.
Le malade étant couvert de pyodermite, on arrête le traitement.

OBSERVATION XIII

K... T... Anatol.

- 24 novembre 1925. — Autohémothérapie : Chancre du sillon au niveau du frein datant d'un mois et demi, traité par des pansements humides, eau oxygénée, pommade jaune.
- Depuis 15 jours bubons bilatéraux : bubon droit gros, rouge, douloureux, fluctuant, prêt à s'ouvrir; bubon gauche : masse diffuse, phénomènes inflammatoires peu marqués.

- 19 décembre 1925. — 250. — 39°6. — Les 2 bubons continuent à fluctuer.
21 décembre 1925. — 500. — 39°3.
23 décembre 1925. — 750. — 39°5. — Grosse amélioration; intradermoréaction au T.A.B.: négative.
28 décembre 1925. — Guérison complète des bubons.

OBSERVATION XIV

P... Joannès.

- 19 décembre 1925. — 250. — 40°6. — Chancres multiples datant de 15 jours à 3 semaines.
Bubon gauche survenu 4-5 jours après, inflammatoire, douloureux, prêt à s'ouvrir.
Bubon droit survenu 8-10 jours après, petit, douloureux, très fluctuant.
Intradermoréaction au T.A.B.: négative.
21 décembre 1925. — 500. — 40°2. — Etat stationnaire des chancres; les bubons sont très ramollis.
Poussée d'herpès mentonnier; autoinoculation : positive.
La fièvre débute immédiatement après l'injection.
23 décembre 1925. — 500. — 38°. — Les chancres vont mieux; les bubons sont améliorés; intradermoréaction au T.A.B.: négative.
26 décembre 1925. — 750. — 39°3. — Bubons stationnaires; chancres presque cicatrisés.
28 décembre 1925. — 1 milliard. — 39°5. — Bubon gauche plus flasque; herpès survient 24 heures après les piqures; autoinoculation: positive.
30 décembre 1925. — 1 milliard. — 38°. — La deuxième autoinoculation n'évolue pas; la première évolue bien que peu ulcéreuse pour 10 jours d'âge; les bubons s'améliorent lentement; les chancres sont presque guéris spontanément; la fièvre survient une demi-heure après la piqure.
2 janvier 1926. — Bubons guéris; les chancres évoluent toujours; on les cautérise.

OBSERVATION XV

C... Alexandre.

22 décembre 1925. — Soigné une première fois dans le service pour chancre simple du frein et bubon droit, par un traitement local ordinaire.

Bubon droit volumineux, fluctuant, avec une zone de lymphangite très étendue. Bubon gauche dur, très douloureux.

Intradermoréaction au Ducrey: positive.

23 décembre 1925. — 250. — 40°5. — Intradermoréaction au T.A.B.: négative.

26 décembre 1925. — 500. — 40°4. — Amélioration.

28 décembre 1925. — Guérison; il subsiste 2 nodules fibreux.

OBSERVATION XVI

D... Tahar.

23 décembre 1925. — 250. — 41°. — Chancres péno-scrotaux; gros bubon droit, fluctuant, pus à fleur de peau.

26 décembre 1925. — 250. — 41°. — Intradermoréaction au T.A.B.: négative.

28 décembre 1925. — 250. — 39°9. — Violente réaction générale; bubon moins inflammatoire, toujours fluctuant.

30 décembre 1925. — 500. — 39°4.

2 janvier. — 1 milliard. — 40°. — Bubon aplati; chancres en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVII

J... Joseph.

23 décembre 1925. — 250. — 41°2. — Chancre du frein.

Gros bubon gauche, très enflammé, fluctuant, prêt à s'ouvrir.

Intradermoréaction au T.A.B.: négative.

26 décembre 1925. — 250. — 40°5. — Grosse poussée d'herpès mentonnier.

- 28 décembre 1925. — 500. — 40°4. — Chancre presque cicatrisé; bubon amélioré. Il persiste une très forte poussée d'herpès impétiginisé sur la face muqueuse de la lèvre supérieure.
- 30 décembre 1925. — 500. — 38°. — Le bubon non douloureux, se résorbe; la fièvre apparaît 20 minutes après la piqûre.
- 2 janvier 1926. — 1 milliard. — 39°8. — L'herpès se cicatrise; le chancre est guéri; il ne subsiste qu'un nodule à la place du bubon.

OBSERVATION XVIII

B... Claudius.

- 29 décembre 1925. — 250. — 39°9. — Chancres des bourses et du prépuce, apparus le 15 décembre. Bubon droit très rouge, fluctuation à fleur de peau, apparu le 19. Vomissements et frissons une heure après l'injection; peu de sueurs.
- 31 décembre 1925. — 500. — 39°8.
- 2 janvier 1926. — 750. — 39°8. — Pas de modifications du bubon; les chancres se détergent.
- 4 janvier 1926. — 1 milliard. — 39°2.
- 6 janvier 1926. — 1 milliard. — 38°. — Bubon prêt à s'ouvrir; chancres virulents.

OBSERVATION XIX

C... Jean.

- 2 janvier 1926. — 250. — 40°6. — Chancres du filet et du sillon datant de 6 jours.
Bubon droit, très douloureux, non fluctuant.
Autoinoculation : positive, dont on cautérise le chancre.
- 4 janvier 1926. — 250. — 40°7. — Chancres pour ainsi dire guéris; bubon ramolli au centre.
- 6 janvier 1926. — 500. — 40°2. — Herpès labio-mentonnier survenu hier vers 15 heures; pas de douleur.
Bubon toujours ramolli.

- 8 janvier 1926. — 750. — 38°9. — Chancre guéri; bubon inchangé.
12 janvier 1926. — 1 milliard. — 39°7.
14 janvier 1926. — 1 milliard. — 39°8.
17 janvier 1926. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XX

E... Jean.

- 2 janvier 1926. — 250. — 40°2. — Chancres de la région du frein, très étendus, datant de 3 semaines.
Bubon gauche venu 15 jours après, douloureux, non fluctuant.
Autoinoculation positive dont le chancre a été cautérisé en une seule fois; on cesse tout traitement local.
4 janvier 1926. — 500. — 40°6. — Les chancres se détergent; le bubon est indolore; grosse réaction générale.
7 janvier 1926. — 500. — 39°. — Les chancres s'améliorent; le bubon diminue.
9 janvier 1926. — 750. — 38°4. — Bubon résorbé.
12 janvier 1926. — 750. — 38°2. — Bubon guéri.
14 janvier 1926. — 1 milliard. — 39°5. — Guérison complète.

OBSERVATION XXI

B... Bouzid.

- 6 janvier 1926. — 250. — 40°7. — Vaste chancre du fourreau datant de 15 jours.
Volumineux bubon gauche datant de 10 jours, peu douloureux, non fluctuant.
9 janvier 1926. — 500. — 40°5. — Chancre très amélioré dont les bords ne sont plus décollés; bubon inchangé.
11 janvier 1926. — 250. — 39°5. — Le bubon n'est plus douloureux.
14 janvier 1926. — 500. — 40°5. — Chancre et bubon améliorés.

- 17 *janvier* 1926. — 750. — 39°6. — Bubon disparu; le chancre est sec.
19 *janvier* 1926. — 750. — 39°2. — Chancre épidermisé.
22 *janvier* 1926. — 500. — 39°. — Le chancre suppure à nouveau.
25 *janvier* 1926. — 500. — 38°1. — Le chancre est sec.
27 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 39°9.
29 *janvier* 1926. — Guérison complète.

OBSERVATION XXII

B... Mohamed.

- 6 *janvier* 1926. — 250. — 41°4. — Vaste chancre du fourreau; bubonule chancrellisé datant de 15 jours.
8 *janvier* 1926. — 500. — 41°2.
12 *janvier* 1926. — 500. — 39°4. — Amélioration.
14 *janvier* 1926. — 750. — 39°6. — Chancre, détergé, ne suppure plus.
17 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 40°4. — Guérison du bubonule et du chancre.

OBSERVATION XXIII

F... Giovanni.

- 10 *janvier* 1926. — 250. — 40°4. — Chancres du sillon, du prépuce et du gland datant de fin décembre.
Depuis 6 jours bubon droit douloureux, non fluctuant, un peu rouge.
Intradermoréaction au T.A.B. : négative et au Ducrey : positive.
12 *janvier* 1926. — 500. — 40°. — Depuis la première injection le bubon est indolore.
14 *janvier* 1926. — 500. — 39°9. — Chancres en bonne voie de guérison; le bubon a disparu; herpès discret de la lèvre inférieure survenu hier soir.
17 *janvier* 1926. — 750. — 39°8. — Chancres guéris.
20 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°8.

- 22 *janvier* 1926. — 250. — 38°2. — Phimosi inflammatoire.
On cautérise les chancres qui avaient repris leur virulence.

OBSERVATION XXIV

H... Mohamed ben Ali.

- 10 *janvier* 1926. — 250. — 40°3. — Chancre du fourreau depuis 20 jours; bubonule.
Bubon droit, rouge, fluctuant, prêt à s'ouvrir.
Intradermoréaction au Ducrey : positive et au T.A.B. : légèrement positive.
- 12 *janvier* 1926. — 500. — 40°5. — Le bubon se flétrit.
- 14 *janvier* 1926. — 500. — 40°4. — Bubonule et chancres guéris.
- 17 *janvier* 1926. — 500. — 40°2. — Pas d'amélioration du bubon.
- 19 *janvier* 1926. — 500. — 40°2. — Le bubon fluctue encore mais moins inflammatoire.
- 22 *janvier* 1926. — 500. — 38°2.
- 25 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°7. — Pas d'amélioration nette.
- 27 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°5. — Amélioration du bubon.
- 29 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 39°2. — Le bubon est guéri; le malade quitte le service.

OBSERVATION XXV

S... Théodore.

- 10 *janvier* 1926. — 250. — 39°8. — Chancre simple du sillon (datant de fin décembre ?).
Bubon gauche ouvert spontanément (date indéterminée).
Intradermoréaction au T.A.B. : négative et au Ducrey : négative.
- 12 *janvier* 1926. — 500. — 40°6. — Le bubon s'est refermé; le chancre ne s'améliore pas.

- 14 janvier 1926. — 500. — 39°9.
17 janvier 1926. — 500. — 39°1. — Chancre guéri; le bubon fermé se résorbe.
19 janvier 1926. — 750. — 39°. — Bubon très inflammatoire.
21 janvier 1926. — 1 milliard. — 38°8. — Bubon ouvert ne paraît pas chancrellisé.
23 janvier 1926. — 1 milliard. — 38°8. — Intradermoréaction au Ducrey : positive.
25 janvier 1926. — 1 milliard. — 38°6. — Le bubon semble se chancrelliser; le malade veut quitter le service.

OBSERVATION XXVI

K... Emile.

- 11 janvier 1926. — Chancres simples du prépuce datant de 10 jours, traités par le vaccin de Weill et Dufourt. Bubon gauche, douloureux, fluctuant.
21 janvier 1926. — 250. — 38°4. — Herpès de la joue apparu le 17; pas d'amélioration du bubon; les chancres se détergent.
23 janvier 1926. — 250. — 38°2. — Les chancres semblent s'améliorer; bubon inchangé; intradermoréaction au Ducrey : positive.
25 janvier 1926. — Le bubon s'est ouvert le matin; il s'écoule une sérosité sanguinolente; bubon chancrellisé. Le malade quitte le service.
17 février 1926. — Le malade revient : 2 bubons gauches sont réapparus il y a 10 jours, ainsi que des chancres multiples sur le prépuce; les bubons se sont ouverts spontanément; on cautérise les chancres.
19 février 1926. — Apparition d'un bubon droit, dur, douloureux, non fluctuant.
20 février 1926. — 250. — 39°5.
22 février 1926. — 500. — 39°5.
24 février 1926. — 750. — 39°. — Amélioration des bubons gauches qui se cicatrisent; bubon droit en voie de disparition.
26 février 1926. — 1 milliard. — 39°5. — Le malade sort, guéri.

OBSERVATION XXVII

A... Bruno.

- 15 *janvier* 1926. — 250. — 40°. — Chancres papuleux du sillon, du frein, à gauche, sans perforation; début il y a 15 jours à 3 semaines.
- 17 *janvier* 1926. — 250. — 40°2. — Amélioration nette.
- 19 *janvier* 1926. — 250. — 39°5. — L'amélioration persiste; herpès de la lèvre supérieure depuis hier matin; intradermoréaction au T.A.B.: légèrement positive.
- 21 *janvier* 1926. — 2 milliards. — 38°9. — L'amélioration ne persiste pas.
- 23 *janvier* 1926. — On cautérise les chancres; intradermoréaction au Ducrey : positive.
- 10 *février* 1926. — Le malade revient; les chancres persistent dans le même territoire.

OBSERVATION XXVIII

B... Henri.

- 17 *janvier* 1926. — 250. — 40°2. — Chancres multiples du sillon.
- Bubon droit datant de 8 jours, douloureux, non fluctuant.
- Intradermoréaction au T.A.B.: négative.
- 19 *janvier* 1926. — 250. — 40°9. — Amélioration du chancre et du bubon.
- 21 *janvier* 1926. — 500. — 37°9. — Bubon sans changement; chancres améliorés.
- 23 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 37°8. — Intradermoréaction au Ducrey : douteuse.
- 25 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°4. — Le bubon se résorbe; les chancres s'améliorent nettement.
- 27 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°6.
- 29 *janvier* 1926. — 1 milliard. — 38°8. — Bubon guéri; chancres en voie de cicatrisation; on prescrit quelques cautérisations; le malade sort.

OBSERVATION XXIX

Z... Mahmoud.

17 janvier 1926. — 250. — 40°5. — Chancres du sillon datant de 20 jours.

Bubon gauche depuis 8 jours, douloureux, fluctuant au centre.

Intradermoréaction au T.A.B.: négative.

19 janvier 1926. — 250. — 40°. — Amélioration.

21 janvier 1926. — 250. — 37°7. — Statu quo.

23 janvier 1926. — 500. — 37°4. — Amélioration; intradermoréaction au Ducrey : négative.

25 janvier 1926. — 1 milliard. — 37°6. — Pas d'amélioration nette.

27 janvier 1926. — 1 milliard. — 37°9. — Le bubon se résorbe.

29 janvier 1926. — 1 milliard. — 37°7.

1^{er} février. — 1 milliard. — 38°5. — Bubon guéri; on cautérise les chancres.

3 février 1926. — 1 milliard. — 39°4. — Le malade quitte le service.

26 février 1926. — 250. — 38°2. — Le malade revient avec un chancre cicatrisé mais un bubon fluctuant à gauche, revenu 4 jours après sa sortie.

1^{er} mars 1926. — 500. — 38°7. — Disparition du bubon; il ne subsiste qu'un placard induré.

OBSERVATION XXX

F... Lucien.

25 janvier 1926. — 250. — 39°8. — Chancres du prépuce datant de 3 semaines; on les cautérise.

Bubon gauche depuis 15 jours, très douloureux, fluctuant.

Intradermoréaction au Ducrey : très positive.

27 janvier 1926. — 500. — 39°1. — Bubon très fluctuant.

29 janvier 1926. — 500. — 39°5. — Bubon fluctuant, moins rouge, moins douloureux.

1^{er} février 1926. — 500. — 38°4. — Chancres guéris par cautérisation; bubon en partie résorbé.

3 février 1926. — 500. — 39°2. — Bubon guéri.

27 février 1926. — Le malade revient avec une aggravation des chancres.

On constate au-dessus de la racine de la verge, dans la région prépubienne, une nodosité du volume d'une petite noix, dure, douloureuse, bubonule secondaire à cette reprise du processus chancrelleux; le bubon guéri a laissé une masse un peu dure mais indolore qui a l'apparence syphiloïde mais monoganglionnaire et peu mobile. Pas de lymphite dorsale de la verge.

23 mars 1926. — Guéri sans avoir subi aucun traitement.

OBSERVATION XXXI

C... Armand.

25 janvier 1926. — 250. — 40°1. — Chancres ayant tunnellisé le frein, datant de 3 semaines.

Bubon droit rouge un peu fluctuant datant de 8 jours.

Bubon gauche dur, douloureux, datant de 3 jours.
Intradermoréaction au T.A.B.: négative.

27 janvier 1926. — 500. — 39°5.

29 janvier 1926. — 500. — 38°8. — Bubons très fluctuants, douloureux; le frein est sectionné.

1^{er} février 1926. — 500. — 37°8. — Bubons et chancres améliorés.

3 février 1926. — 1 milliard. — 37°5. — On cautérise les chancres qui semblent repartir.

5 février 1926. — 1 milliard. — 38°2.

8 février 1926. — 1 milliard. — 37°4. — Amélioration des bubons; les chancres suppurent un peu.

10 février 1926. — 1 milliard. — 37°8. — Cautérisation; s'en va, guéri, de ses deux bubons.

OBSERVATION XXXII

S... Georges.

27 *janvier* 1926. — 500. — 40°1. — Chancres multiples du prépuce depuis 1 mois, déjà traités et en bonne voie de guérison.

Bubon gauche datant de 25 jours, douloureux, non fluctuant.

29 *janvier* 1926. — 500. — 40°3. — Bubon moins douloureux.

1^{er} *février* 1926. — 500. — 38°8. — Un peu d'empâtement au niveau du bubon; chancres améliorés.

3 *février* 1926. — 500. — 38°8.

5 *février* 1926. — 750. — 39°3. — Bubon amélioré.

8 *février* 1926. — 750. — 39°2.

10 *février* 1926. — 1 milliard. — 39°2. — On cautérise les chancres.

12 *février* 1926. — 1 milliard. — 39°2. — Bubon guéri; on prescrit des cautérisations des chancres; sort.

OBSERVATION XXXIII

A... L... François.

29 *janvier* 1926. — 250. — 39°8. — Chancre simple du fourreau, côté droit, datant de 15 jours.

Bubon droit, douloureux, non fluctuant, un peu rouge, datant de 7 jours.

1^{er} *février* 1926. — 500. — 39°8. — Bubon non douloureux, coloration normale des téguments; chancre un peu détergé.

3 *février* 1926. — 500. — 39°3. — Un peu d'empâtement au niveau du bubon; le chancre saigne un peu.

5 *février* 1926. — Bubon guéri; on cautérise le chancre qui n'est pas très évolutif.

OBSERVATION XXXIV

G... Louis.

30 janvier 1926. — 250. — 40°1. — Chancres simples du sillon.

Bubon gauche douloureux, non fluctuant, datant de 1 mois.

1^{er} février 1926. — 500. — 40°2. — Amélioration du chancre et du bubon.

3 février 1926. — 500. — 39°2.

5 février 1926. — 750. — 39°3.

8 février 1926. — 750. — 38°3. — Chancres et bubons guéris.

OBSERVATION XXXV

B... Henri.

5 février 1926. — 250. — 39°7. — Chancres simples du fourreau.

Bubon droit rouge, douloureux, non fluctuant.

Intradermoréaction au Ducrey : douteuse.

8 février 1926. — 500. — 40°1. — Bubon moins douloureux; amélioration des chancres.

10 février 1926. — 750. — 39°8.

12 février 1926. — 750. — 39°9.

15 février 1926. — 1 milliard. — 39°7. — Bubon et chancres en voie de guérison.

17 février 1926. — 1 milliard. — 39°3. — Le bubon est guéri; les chancres ont disparu.

OBSERVATION XXXVI

B... Victor.

5 février 1926. — 250. — 40°1. — Chancres simples en couronne préputiale.

Bubon droit, inflammatoire, non fluctuant.

Intradermoréaction au Ducrey : positive.

8 février 1926. — 500. — 39°8.

10 février 1926. — 750. — 38°6. — Bubon amélioré; chancres sans changement.

- 12 février 1926. — 1 milliard. — 39°.
15 février 1926. — 1 milliard. — 38°9.
17 février 1926. — 1 milliard. — 38°6. — Le bubon a disparu;
les chancres sont en voie de disparition.

OBSERVATION XXXVII

S... Marcel.

- 5 février 1926. — 250. — 39°3. — Chancre simple; bubon
chancrellisé depuis 6 jours.
Intradermoréaction au Ducrey : positive.
8 février 1926. — 500. — 40°3. — Le bubon suppure moins
abondamment; le chancre s'améliore.
10 février 1926. — 750. — 38°2. — L'amélioration continue.
12 février 1926. — 1 milliard. — 38°7.
15 février 1926. — 1 milliard. — 38°8. — Reprise du pro-
cessus chancrelleux.
17 février 1926. — 1 milliard. — 38°9. — On cautérise fina-
lement le chancre et le bubon.

OBSERVATION XXXVIII

S... Maurice.

- 3 février 1926. — 250. — 40°8. — Chancre du frein datant de
3 semaines.
Bubon gauche datant de 15 jours, douloureux, non
fluctuant, un peu rouge.
5 février 1926. — 250. — 39°2. — Amorce de fluctuation.
8 février 1926. — 500. — 38°. — Bubon et chancre améliorés.
10 février 1926. — 750. — 38°3.
15 février 1926. — 750. — 38°2.
17 février 1926. — 1 milliard. — 38°4. — Un peu d'empâte-
ment du bubon; le chancre s'améliore.
3 mars. — Le malade revient avec son chancre incomplète-
ment guéri et au voisinage une petite éruption d'her-
pès.
Le bubon a disparu.

OBSERVATION XXXIX

V... Edouard.

10 février 1926. — 250. — 40°4. — Chancres du fourreau depuis 15 jours.

Bubon droit depuis 8 jours, rouge, fluctuant, ouverture et suppuration le 8 février.

Bubon gauche fluctuant, rouge, depuis 2 jours.

12 février 1926. — 500. — 40°5.

15 février 1926. — 750. — 39°.

17 février 1926. — 1 milliard. — 39°2. — Les chancres ont disparu; les bubons sont améliorés.

19 février 1926. — 1 milliard. — 38°9. — Guérison; le malade quitte le service.

OBSERVATION XL

G... B... Marius.

20 février 1926. — 250. — 40°2. — Chancre du filet datant de 3 semaines.

Bubon droit survenu 8 jours après, rouge, douloureux, non fluctuant.

22 février 1926. — 250. — 38°5.

24 février 1926. — 500. — 37°6.

26 février 1926. — 750. — 38°1. — Bubon non douloureux, toujours fluctuant.

1^{er} mars. — 1 milliard. — 38°5.

3 mars 1926. — 1 milliard. — 38°5. — Chancre guéri; bubon amélioré mais encore légèrement fluctuant.

OBSERVATION XLI

R... Jean.

20 février 1926. — 250. — 40°. — Bubon droit rouge, très fluctuant, survenu après une série de chancres du fourreau et du gland.

22 février 1926. — 250. — 40°.

- 24 février 1926. — 250. — 40°. — Ouverture spontanée du bubon, amélioration des chancres.
26 février 1926. — 250. — 38°. —
1^{er} mars. 1926. — 500. — 40°. —
3 mars 1926. — 500. — 39°5. — Chancres en voie de guérison; le bubon diminue de volume mais un peu fluctuant.
15 mars 1926. — Récidive des chancres; on les cautérise. Le bubon est guéri.

OBSERVATION XLII

G... A... ben Brahim.

- 9 mars 1926. — 250. — 40°. — Chancre simple du fourreau, apparu, le 16 février; passe à la consultation le 24 : on prescrit pommade jaune et nitrate d'argent.
Adénopathie gauche, demi-fluctuante, douloureuse, apparue le 3 mars.
11 mars 1926. — 500. — 40°6. — Etat stationnaire.
13 mars 1926. — 250. — 38°9. —
15 mars 1926. — 500. — 39°5. — Etat stationnaire.
17 mars 1926. — 500. — 38°9. —
19 mars 1926. — 750. — 38°5. — On sent un peu d'empatement au niveau du bubon qui n'est plus douloureux.
22 mars 1926. — Amélioration notable du bubon; le chancre est guéri.
29 mars 1926. — Le malade veut sortir; il reste un peu d'infiltration avec rougeur discrète de la peau; pas de traces du chancre.

OBSERVATION XLIII

C... Francine.

- 14 décembre 1925. — 250. — Chancres de la fourchette et de l'anus.
Bubon droit fluctuant; la douleur a disparu le soir même de l'injection.

- 16 décembre 1925. — Large poussée d'herpès labio-mentonnier apparu cette nuit; on ne sent plus le bubon.
18 décembre 1925. — 250. — Herpès très amélioré.
24 décembre 1925. — Guérison; chancre anal non encore complètement cicatrisé.

OBSERVATION XLIV

M... Julie.

- 1^{er} février 1926. — 250. — Chancre simple de la fourchette depuis 15 jours.
Bubon gauche, rouge, douloureux, prêt à s'ouvrir.
3 février 1926. — 500.
6 février 1926. — 250. — Pas de modification.

OBSERVATION XLV

V... Yvonne.

- 29 décembre 1925. — 250. — Chancres datant d'une quinzaine de jours : pas de traitement.
Adénite gauche, pas inflammatoire, mais très douloureuse.
31 décembre 1925. — 250. — Rachialgie.
2 janvier 1926. — 250. — Chancres se détergent; le bubon est réduit à un nodule fibreux.
4 janvier 1926. — 250. — Les chancres ne s'améliorent pas.

OBSERVATION XLVI

*recueillie à l'Hôpital Desgenettes dans le service
de M. le Docteur Moutot*

D... Antoine, 29 ans. 21° R. T. N. A.

- 14 mai 1926. — Au Maroc : chancres du gland, soignés au permanganate et à l'iodoforme ; guéris.
29 mai 1926. — Revient en France; les chancres évoluent à nouveau ; le malade se soigne lui-même (?)

24 juin 1926. — 250. — 38°. — A la consultation: chancres multiples du frein et du sillon balano-préputial; pas de lymphite; quelques ganglions d'aspect syphiloïde : petits, non douloureux; peu de réaction à la première piqure; céphalée.

	AVANT LA PIQÛRE	A 13 H.	A 17 H.
Pouls	88	78	75
Temps de coagulation ...	2'30	4'30	8'
Tension	11/17	8/16	8,5/14
	Moy. mononucléaires, 9		
	Lymphocytes, 12		
Formule leucocytaire	Grands mononucl., 2	leucopénie intense	leucopénie intense
	Eosinophiles, 4		
	Neutrophiles, 73		

26 juillet 1926. — 500. — 39°1. — Chancres inchangés; céphalée, nausées, fièvre, frisson, 1 heure après la piqure, courbature.

28 juillet 1926. — 750. — 39° 5. — Chancres améliorés; les ganglions ont disparu; grande fatigue générale, vomissements.

29 juillet 1926. — Herpès labio-mentonnier, chancres inchangés.

1^{er} juillet. — On fait un traitement local au sublimé et à l'iodoforme.

OBSERVATION XLVII

*recueillie à l'Hôpital Desgenettes dans le service
de M. le Docteur Moutot*

A... ben B..., 34 ans, 28° R. T. N. A.

4 juillet 1926. — 250. — 41°2. — Chancres du scrotum datant de 20 jours, cicatrisés; un chancre de la base de la verge (face inférieure) subsiste seul.

Bubon gauche apparu il y a 15 jours, très douloureux, inflammatoire, un peu rouge, légèrement fluctuant.

6 juillet 1926. — 250. — 40°2. — Le malade a eu une très forte réaction; fièvre, vomissements, sueurs abondantes, courbature, céphalée; mais avait mangé après sa piqûre; chancre amélioré; bubon non douloureux, un peu fluctuant.

	AVANT LA PIQÛRE	A 11 H.	A 16 H.
Pouls	96	64	80
Temps de coagulation	3'	3'	3'
Tension	7,5/14		5,5/11
Formule leucocytaire	Moy. mononucléaires, 8 Grands mononucl., 1 Lymphocytes, 15 Eosinophiles, 5 Neutrophiles, 71	leucopénie	leucopénie

8 juillet 1926. — 500. — 40°2. — Chancre détergé; commencement d'épidermisation.

10 juillet 1926. — 750. — 40°3.

Bubon affaissé non douloureux.

12 juillet 1926. — 1 milliard. — 39°3. — Pouls à 50, 1 heure après la piqûre; bubon amélioré; chancre sans changement.

14 juillet 1926. — 1 milliard. — 39°.

16 juillet 1926. — 1 milliard. — 39°. — Le bubon guéri, a complètement disparu; il ne subsiste rien au pli de l'aîne.

Le chancre, amélioré, sans tendance à la cicatrisation spontanée est traité par les moyens locaux habituels.

CHAPITRE IV

Différentes hypothèses sur l'action du vaccin T. A. B. employé dans le traitement des manifestations chancrelleuses

Pasteur, le premier, a eu l'idée d'immuniser l'organisme contre les maladies infectieuses dont on peut cultiver les microbes. Ses travaux, sur la vaccination préventive au moyen des virus atténués (choléra des poules, charbon), ont été le point de départ de toutes les vaccinations microbiennes. A.-E. Wright, directeur des laboratoires de Saint-Mary's Hospital, compléta les travaux de Pasteur en étendant le domaine de la vaccination au traitement des infections et fut le promoteur de toutes les recherches relatives à la vaccinothérapie. « L'idée qu'une région de l'organisme non encore infectée et par conséquent inactive, peut, sous l'influence d'un vaccin, être amenée à porter secours aux régions infectées, est l'idée qui a conduit à la vaccinothérapie. » (*Wright*). Les méthodes vacci-

nales appliquées à l'homme dans un but thérapeutique sont nées de la conception qu'on se fait de la spécificité des antigènes, ceux-ci étant considérés, dans la majorité des cas, comme constitués par le germe infectieux lui-même ou ses toxines. Un pareil antigène spécifique, inoculé dans des conditions voulues pour ne pas être nocif, ferait naître ou accroître dans l'organisme des substances antagonistes ou anticorps qui seraient jusqu'à un certain point spécifiques vis-à-vis de cet antigène.

Et, en effet, dans quelques-unes de leurs applications, la vaccinothérapie et la sérothérapie semblent bien reposer sur des propriétés thérapeutiques spécifiques (ex. : sérum diphtérique). Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; dans certains cas, il ne s'agit pas d'immunité vraiment spécifique, mais d'immunité collatérale, pourrait-on dire, procurée par des germes de parenté très voisine. Ailleurs, la spécificité paraît faire complètement défaut dans le processus défensif. Dernièrement Netter a obtenu contre les manifestations streptococciques et pneumococciques de la grippe des résultats aussi heureux avec du sérum de cheval ordinaire ou du sérum antidiphtérique qu'avec du sérum antistreptococcique ou antipneumococcique. On a publié, d'autre part, des observations prouvant l'action favorable d'un vaccin non spécifique dans des maladies (typhoïde) contre lesquelles on avait essayé sans succès la vaccinothérapie spécifique. Les essais, faits à l'Antiquaille au sujet du traitement des manifestations chancrelleuses, fournissent une nouvelle preuve à l'appui de cette thèse.

Le vaccin spécifique, en effet, devrait provoquer dans l'organisme une certaine immunité vis-à-vis de l'infection par le bacille de Ducrey; or, plusieurs cas de récidives ont été enregistrés, survenant quelques jours après une guérison qui paraissait définitive.

D'autre part, les différents traitements biologiques donnent des résultats analogues à ceux du vaccin spécifique. La proportion de succès obtenus sur le bubon est à peu près la même (T. A. B. = 86,50 % ; Nicolle et Durand = 93,85 %). Quant à la lésion ulcéreuse sur laquelle les effets du vaccin spécifique devraient se faire particulièrement sentir, nous enregistrons : TAB = 35,75 % et Nicolle = 38 % de succès. Le nombre des injections et le temps moyen pendant lequel les malades sont obligés d'interrompre leurs occupations, sont sensiblement les mêmes (TAB = 5 piqûres en 10 jours ; Nicolle = 4 piqûres en 12 jours).

Enfin, la rapidité, la brusquerie de la réaction, son analogie avec des réactions consécutives à des injections non spécifiques, l'apparition (rare il est vrai : 3 cas) de poussées d'herpès permettent de penser que le processus de guérison n'est pas spécifique.

On peut donc admettre que, dans le traitement des manifestations chancrelleuses par le vaccin de Nicolle et Durand, on ne doit pas attacher une très grande importance à la spécificité et à l'action vaccinnante, tout au moins au point de vue curatif. L'explication des résultats favorables obtenus avec de telles méthodes thérapeutiques doit être cherchée, comme l'écrivait Hudelo en 1925, soit dans une action pyrétogène, soit dans une action protéinothérapique.

Il importe pourtant, avant d'envisager ces deux hypothèses, d'accorder une certaine valeur à la spécificité du vaccin de Nicolle et Durand, mais aux deux points de vue biologique et diagnostic. Au point de vue biologique, en effet, il mène à une conception toute nouvelle de l'infection chancreuse, « maladie locale à retentissement général ».

Au point de vue diagnostic, l'intradermoréaction apporte des précisions intéressantes et ses résultats ont toujours concordé avec la clinique. Ito et Reenstierna en ont proposé une première technique en 1913. Ce dernier en publia une deuxième en 1923; enfin, Nicolle, avec son vaccin, obtient des résultats analogues à ceux de Reenstierna. L'intradermoréaction est nettement supérieure à la « mutilante autoinoculation ». Négative, elle indique que le sujet n'a été ni n'est victime d'une infection streptobacillaire; positive, elle témoigne que le sujet est, ou a pu être, porteur de cette infection.

Les essais sommaires d'intradermoréaction faits avec le vaccin T. A. B. n'ont donné aucun résultat. Sur 17 sujets, 3 fois l'intradermoréaction fut plus ou moins positive; 14 fois elle fut négative.

A Aubert, de Lyon, revient le mérite d'avoir été le vulgarisateur du traitement par la chaleur (1882). Ainsi qu'il nous le dit lui-même, ses recherches furent inspirées par les travaux de Chauveau sur l'atténuation et la modification des virus par la chaleur. A la suite de ses expériences, ayant remarqué que le chauffage agissait défavorablement sur l'agent pa-

thogène du chancre mou (maintenu 16 à 18 heures entre 37° et 38°, il perd toute activité), Aubert préconisa le grand bain à 42°-45°, pendant 12, 15 et même 20 heures. « Il élève, dit-il, suffisamment la température centrale, aux environs de 39°, et augmente, à la fois, la chaleur périphérique des parties immergées. On peut espérer détruire avec lui, dans un temps très court, peut-être du jour au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses. » Ce procédé est pourtant difficilement réalisable, même avec le demi-bain, les compresses froides sur la tête et les cordiaux. Des cas mortels se sont produits. On a encore réalisé cette thérapeutique par les applications chaudes « *loco dolenti* », soit par la chaleur rayonnante, soit par l'eau chaude à 50°, circulant dans des tubes de plomb (Welandér, 1892), soit par une solution de permanganate de potasse à 50°, mise en contact pendant 2 heures (Arning), soit enfin par l'insufflation d'air à 70°, au moyen de différents appareils, par exemple un thermocautère transformé. Quelques bons résultats ont été obtenus.

C'était le prélude d'une pyrétothérapie antichancreuse. Ce qui manquait très probablement à cette méthode, à côté de l'élévation thermique provoquée, c'étaient, sans doute, les perturbations produites par un choc dans le milieu humoral. Ce sont ces deux éléments que la plupart des traitements biologiques actuels ont heureusement associés.

C'est ainsi que Reenstierna réunit la sérothérapie spécifique et la pyrétothérapie en ajoutant à son sérum de béliers des cultures de bacilles d'Eberth py-

réto-gènes. Son intention était d'associer dans une même thérapeutique l'anticorps spécifique et la fièvre. En 1915, Almkvist a fait des injections de tuberculine et d'acide nucléinique. Plusieurs auteurs emploient d'autres préparations fébrigènes: cultures de gonocoques, lait, vaccin de Delbet, etc. Une maladie aiguë intercurrente (pneumonie par exemple) amène une régression du processus chancrelleux. Simon cite le cas d'une prostituée atteinte d'un érysipèle de la face pendant l'évolution duquel les chancres n'avaient pu être traités; ils guérissent spontanément, mais ultérieurement reprirent leur virulence avec moins d'intensité, il est vrai.

Cette réaction fébrile, considérée comme désagréable, inopportune, inefficace (Sauvez nie, en effet, son action parce que les résultats sur les chancres sont nuls), que certains auteurs essayèrent d'éviter, semble bien, d'après les travaux les plus récents, avoir une action thérapeutique.

Les auteurs allemands, sans vouloir parler de « *fiebertherapie* », lui concèdent tout de même un certain rôle quand elle existe.

D'autres auteurs, Ichikawa et les médecins argentins Penna, Torres, Dessy, s'armant d'audace, firent, pour la provoquer, des injections intraveineuses dont l'action était infiniment plus rapide que celle des injections sous-cutanées utilisées jusqu'alors. Les travaux de Saxl, de Miller ont contribué à lui donner une partie de sa valeur. Tous les médicaments employés en pyrétothérapie ne semblent agir que par la fièvre qu'ils provoquent, par les modifications concomitan-

tes du milieu sanguin et par l'augmentation des échanges organiques.

Culver, en employant des microbes divers, n'a noté que des différences insignifiantes et discutables dans les phénomènes consécutifs, certains microbes seulement auraient produit une éruption d'herpès, que nous devons signaler, pour notre part, dans notre observation XXVI, après injection de vaccin de Weill et Dufourt et dans 2 ou 3 cas de bubon traités par le vaccin spécifique. Quel que soit l'agent hyperthermisant injecté, l'amélioration suit souvent la même marche, variable surtout avec l'intensité de la réaction fébrile, le tempérament du malade et la gravité de l'affection.

C'est, en effet, avec les substances pyrétogènes, vaccin de Nicolle, T. A. B., Delbet, lait, que les résultats les plus favorables sont obtenus dans le traitement du bubon chancrelleux. Dans la bactériothérapie faite avec le vaccin T. A. B., il semble même nécessaire qu'une certaine température (39°-40°) soit atteinte et qu'elle reste à peu près identique (1° ou 1° 1/2 d'écart au maximum) à la suite des différentes injections successives. De l'avis de M. le Professeur Nicolas, l'autohémothérapie, traitement sans réaction générale violente, non pyrétogène, donne une proportion plus faible de succès (3 fois sur 4 environ). La fièvre étant certainement un phénomène de défense de l'organisme, c'est surtout l'élévation brusque et transitoire qui paraît salulaire.

Dans la pyrétothérapie, la coagulabilité du sang, la densité, la tension superficielle du sérum se trou-

vent modifiées; toutes les qualités du milieu sanguin sont bouleversées et ces variations sont jusqu'à un certain point parallèles à la courbe de la température. La période latente entre l'injection et l'apparition du frisson paraît être une période réfractaire d'inexcitabilité thermique variable suivant les sujets.

Mais, écrit Titus Konteschweller, « la médication pyrétogène se compose des mêmes médicaments que la thérapeutique par le choc » Les différentes modifications humorales, que nous venons de citer, se trouvent également dans ce nouveau mode de traitement. Il semble donc logique qu'à côté de son action pyrétotherapique certaine, la bactériothérapie antichancrelleuse possède aussi une action protéinothérapique, à laquelle reviendrait une part prépondérante dans les heureux résultats obtenus.

Depuis quelques années, en effet, la thérapeutique a vu surgir et se développer une méthode nouvelle qui se propose de combattre des maladies très diverses par l'introduction dans l'organisme d'albumines hétérogènes.

Jusqu'alors la thérapeutique était dominée par la notion de spécificité; les mots de vaccination, de sérothérapie évoquent nécessairement l'idée d'un processus spécifique. A l'heure actuelle, des vaccins, des sérums même sont utilisés sans tenir compte de leur pouvoir spécifique, uniquement parce qu'ils représentent un complexe albumino-lipoïdique; c'est la protéinothérapie qui n'est qu'un chapitre de la vaste question de la colloïdothérapie ou thérapeutique par

le choc, ouverte en 1912 par Widal et ses élèves, et dont la bactériothérapie n'est elle-même qu'une partie. C'est elle qui nous intéresse tout particulièrement. Avec elle, on est arrivé à traiter des affections hautement spécifiques, comme le chancre mou par exemple. En 1893, Rumpf publia des cas de typhoïdes guéris par des injections de cultures stérilisées de bacilles pyocyaniques. Von Kraus obtint des succès avec l'« *hétérobactériothérapie* ». En 1914, Delbet et Beauvy faisaient usage de protéines microbiennes. C'est ainsi que Nicolle et Blaizot améliorèrent des tuberculeux en leur injectant du vaccin antistaphylococcique, que Mauté put juguler des dothientéries en inoculant un vaccin préparé avec un microbe quelconque non pathogène, isolé d'une eau de source. En 1925, M. le Professeur Nicolas obtint la guérison de bubons, suivant le même principe, en déclenchant un choc par l'injection intraveineuse de vaccin T. A. B.

Qu'est-ce qu'un choc ? « C'est de ces choses dont on parle beaucoup sans savoir en quoi elles consistent et, jusqu'à maintenant, ignorant la nature du phénomène, nous nous sommes borné à constater son existence, à étudier ses effets et à les utiliser en thérapeutique. » Quant au mécanisme intime des chocs, on ne peut qu'émettre, pour le moment, des hypothèses. Les auteurs, suivant leurs observations, mettent au premier plan telle ou telle conséquence de l'injection et lui attribuent toute l'action thérapeutique.

Widal pense que ces substances non spécifiques semblent agir en troublant l'équilibre colloïdal du

plasma sanguin (« *rencontre heureuse entre colloïdes* ») et en provoquant de cette manière une réaction plus ou moins violente des appareils régulateurs de cet équilibre. Dans la bactériothérapie du chancre mou, ce que nous cherchons, c'est ce que Widal appelle le choc proprement dit, créé de propos délibéré pour obtenir un déséquilibre violent et soudain dans un but thérapeutique. Dans cette conception tout est ramené à des phénomènes physico-chimiques de floculation.

Certaine théorie explique l'action de la protéinothérapie par les modifications de la formule sanguine; on l'a attribué soit à une exagération soudaine du pouvoir des phagocytes, soit par la mise en liberté d'une grande quantité de ferments lytiques et d'anticorps dont la production serait accrue par l'apport d'albumines étrangères. Schmidt pense qu'il existe une proportion entre le degré de la réaction thermique et celui de la formation d'anticorps. « Ce mécanisme est analogue à celui qui explique l'heureuse influence des maladies fébriles intercurrentes sur la marche des dermatoses ou des infections chroniques. »

A côté de la théorie colloïdale se trouve la théorie nerveuse : l'état de choc relèverait d'une perturbation brutale et soudaine de l'équilibre harmonieux qui existe normalement entre le sympathique et le vague. Si l'un de ces nerfs prend une action brusquement prédominante, il se produirait un choc. « Presque tous les chocs sont dus à une exaspération du vague. » (*Dufourt*). Arloing et Langeron estiment

que le rôle du système vague est capital dans la production d'une leucopénie brusque.

Tout ceci est du domaine de l'hypothèse, mais ce que les auteurs ont pu constater, c'est que les injections d'albumines étrangères (vaccins, cultures microbiennes) déterminent une série de phénomènes, témoins de l'existence du choc résultant de la brusque pénétration dans notre économie de substances étrangères à elle. Grâce à la voie intraveineuse qui se prête merveilleusement à la réalisation de cette thérapeutique, il suffit d'une quantité relativement minime de protéines microbiennes dans une veine pour déclencher de violentes réactions.

Un choc se traduit par une crise hémoclasique, véritable test physio-pathologique et des symptômes cliniques; chez l'homme, cette crise suit immédiatement la cause provocatrice et se déroule sans que le sujet en éprouve le moindre malaise. Malgré leur intensité souvent extrême, ces troubles, lorsqu'ils ne sont pas mortels, se dissipent avec une rapidité surprenante et ne laissent dans l'économie aucune trace matérielle de leur passage.

Les principaux phénomènes de la crise hémoclasique sont : une hypotension surtout marquée pour la pression maxima; une leucopénie souvent intense ; quelques modifications du temps de coagulation peu sensibles d'ailleurs; une inversion de la formule leucocytaire et enfin une raréfaction des plaquettes.

Quant aux traductions cliniques du choc, elles ne semblent pas être en rapport étroit avec la nature de la cause provocatrice; elles n'ont pas, en général, de

spécificité étiologique. Chez l'homme, elles sont très souvent déterminées par des prédispositions individuelles, comme si, au cours du bouleversement colloïdal se répercutant sans doute jusqu'aux protoplasmes qui constituent nos éléments cellulaires eux-mêmes, tels ou tels de ces éléments se montraient plus particulièrement fragiles et traduisaient leur souffrance par un syndrome fonctionnel déterminé. Les principales manifestations que l'on rencontre dans presque toutes les observations sont un frisson terrifiant, une fièvre formidable, un pouls petit et ralenti, des vomissements, une sensation de froid intense, sueurs, céphalée, courbature et exceptionnellement (nous ne les avons jamais rencontrés) dyspnée, collapsus, troubles gastro-intestinaux et accidents convulsifs.

C'est ce tableau à peu près complet, soit dans les recherches de laboratoire que nous avons pu pratiquer, soit dans ses manifestations cliniques, que nous avons enregistré dans toutes nos observations de bactériothérapie antichancreuse par le vaccin T. A. B. Si mystérieux que restent, à l'heure actuelle, la nature et le mécanisme des chocs, on est pourtant fondé à croire que c'est ainsi qu'agiraient, pour une part tout au moins, soit le vaccin de Nicolle, soit le vaccin T. A. B., dans le traitement du chancre mou et de ses complications. Car il est assez difficile de départager pour le moment ce qui revient à la protéinothérapie pure et à la pyrétothérapie, ces deux éléments devant intervenir l'un et l'autre dans le processus de guérison.

En somme, nous n'avons qu'à nous louer de ce nouveau traitement bactériothérapique par le T. A. B., surtout en ce qui concerne les bubons. Il n'est certainement pas destiné à occuper une place importante dans le traitement journalier de la chancrelle et de ses complications; mais il a attiré une fois de plus l'attention sur ce point : « c'est qu'il ne faut pas toujours, en vaccinothérapie, faire jouer un rôle prépondérant à la spécificité du virus employé. » (*Professeur Nicolas*).

CONCLUSIONS

I. — De tous les traitements médicamenteux ou chirurgicaux employés jusqu'à ce jour pour lutter contre l'infection chancreuse, aucun ne peut être considéré comme pleinement satisfaisant.

II. — Il faut, en effet, avoir recours aux méthodes biologiques qui font disparaître très rapidement la douleur, diminuent la longueur du traitement et ne laissent pas de cicatrices, tout en gardant un système lymphatique intact.

III. — Parmi ces méthodes, les unes bactériothérapiques spécifiques (vaccin de Nicolle et Durand) ou non spécifiques (vaccin T. A. B.), donnent des résultats favorables, parallèles, sensiblement identiques, particulièrement sur les bubons, le chancre étant peu influencé. Les autres, purement protéinothérapiques (lactothérapie, autohémothérapie, etc.), ont également une action favorable, mais nettement moins puissante ; l'autohémothérapie ayant l'avantage, avec environ trois cas heureux sur quatre, de ne déterminer, en général, aucune réaction fébrile ou pénible pour les malades.

IV. — Les résultats avec le T. A. B. sont excellents sur les bubons (succès : 86,50 %), ainsi que sur les bubonules; sédation rapide de la suppuration, des phénomènes inflammatoires, de la douleur, avec *resstitutio ad integrum* de la région inguinale.

V. — Quant au chancre, soit de contagion (succès : 35,75 %), soit d'autoinoculation, le traitement semble avoir moins d'action sur lui. On constate une amélioration réelle au début; la virulence paraît atténuée; mais bientôt le processus chancrelleux repart; il faut avoir recours au traitement local.

VI. — Il y a peu d'inconvénients si on procède avec prudence en faisant une série d'injections lentement progressives: réaction générale à chaque piqûre comme dans tout traitement biologique, sauf l'autohémothérapie.

VII. — A signaler dans les manifestations réactionnelles, l'herpès qui survient à la suite des injections surtout de T. A. B., mais également d'autres produits bactériens et qu'il faut considérer comme un phénomène ou de choc protéique ou d'origine pyrétogène.

VIII. — On peut admettre que les deux sortes de vaccins agissent par le même processus (car il n'y a pas d'immunité, les résultats sont identiques, la réaction est la même): c'est-à-dire par un choc déclenché dans le milieu humoral auquel vient s'ajouter la fièvre.

IX. — Le traitement par le vaccin T. A. B. est sans intérêt pour la pratique journalière; mais il a permis de se rendre compte une fois de plus que « nombre de résultats obtenus par la vaccinothérapie dans maintes infections locales et attribués à l'action spécifique du vaccin, ne relèvent, en réalité, que de la réaction banale de choc protéique que peut provoquer toute protéine microbienne » (*Martinet*) et à laquelle s'ajoute le facteur pyrétothérapie.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMVIST. — En praktisk behandlingsmetod för Ulcus Molle, *Alm. Sv. Läkretidn*, n° 23, 1906.
- Über kupferverbindungen gegen Ulcus Molle. *Dermat. Wochenschr*, Bd. 58, p. 142, 1914.
- Behandlung von bubonen mit künstlicher. Temperatur steigerung. *Dermat. Wochenschr*, Bd. 63, p. 1051, 1916.
- Kupferverbindungen gegen weichen Schanker. *Acta Dermato-vener*, vol. 1, p. 1, 1920.
- ARNING. — Die Behandlung des venerischen Bubo. *Kongress*, 1908.
- ARNOZAN ET VIGNERON. — Du traitement de la chancrelle par les applications locales d'eau chaude. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891.
- AUBERT. — De l'atténuation par la chaleur du virus du chancre simple. *Lyon Médical*, 1883.
- AUBERTIN. — Principes de la vaccinothérapie. *Progrès Médical*, 30 avril 1921.
- AUDAIN. — Médication leucogène. *Thèse Paris*, 1916-7.
- AUGAGNEUR ET CARLE. — Précis des maladies vénériennes. Doin, 1906.
- BILLIET. — Etude critique du traitement du bubon. *Thèse Lyon*, 1920.
- BONNET. — Vaccinothérapie, Sérothérapie et protéinothérapie dans les bubons. *Lyon Médical*, avril 1922.
- CARY ET ROBERTS. — Les injections de protéines bactériennes dans la pneumonie grippale. *Presse Médicale*, p. 307. 1919.
- CASSAN. — La protéinothérapie. *Thèse Paris*, 1918-19

- DU CASTEL. — Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme. Doin, 1891.
- Chancres syphilitiques et simples. Rueff et Cie, 1895.
- CATTANEO. — La protéinothérapie aspecifica nelle malattie veneree. *Giorn. Ital. d. Mal. veneree*, p. 123, 1921.
- DARIER. — Précis de Dermatologie. Masson.
- DIDAY. — Avortement des bubons. *Annales de Dermatologie*, 1869.
- La pratique des maladies vénériennes.
- MC. DONAGH. — *Veneral Diseases*, p. 271, 1920.
- DUFOUT. — Colloïdoclasie. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1921.
- Quelques réflexions sur les phénomènes de choc. *Lyon Médical*, 17 février 1924.
- FALCOZ. — Traitement des adénites chancrelleuses par l'autohémothérapie. *Thèse Paris*, 1925.
- FISSINGER. — Protéinothérapie. *Journal des Praticiens*. 21-27 mars 1920.
- FOURNIER. — Traitement du chancre mou par l'eau chaude. *Annales de Dermatologie*, 1893.
- FOURNIER ET LONJUMEAU. — Traitement du bubon par l'injection intraganglionnaire d'un vaccin polymicrobien. *Gazette des Hôpitaux*, 14-16 juillet 1925.
- GARRIGA. — Vaccinothérapie du bubon vénérien et du chancre simple. *Paris Médical*, p. 247, 14 mars 1925.
- GAYET. — Essai d'autohémothérapie dans le bubon. *Thèse Lyon*, 1925; *Presse Médicale*, 28 février 1925.
- HABABOU-SALA. — Recherches sur le strepto-bacille. Communication du Professeur Pautrier à la *Société française de Dermato et syphiligraphie*, 14 mai 1925.
- HARALAMB. — Traitement du chancre mou par les courants d'air chaud. *Société de Dermatologie*, 1897.
- JAUSION ET DIOT. — Essai de vaccinothérapie locale du chancre mou par les filtrats de germes associés au bacille de Ducrey. *Bulletin de la Société française de Dermato et syphiligraphie*, 2 avril 1925, 14 juin 1925.
- JUILLIAN. — Traitement du chancre simple et de ses complications. *Thèse Lyon*, 1903-1904.
- KAZNELSON. — Praktische Proteinkörpertherapie. *Therapeutische Halbmonatshefte*, 1^{er} mai 1921.

- TITUS KONTESCHWELLER. — Pyrétothérapie. *Thèse Paris*, 1917-1918.
- LANG. — Traitement du bubon. *Annales de Dermatologie*, 1891.
- LANGER. — Die Proteinkörpertherapie bei Ulcus Molle. *Med. Klinick*, p. 684, 1921.
- LAPORTE. — Traitement du bubon. *Thèse Lyon*, 1889-90.
- LEBEUF. — Vaccinothérapie antigonococcique. *Thèse Lyon*, 1924.
- LEDECOQ. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du chancre simple. *Bruxelles Médical*, juillet 1925.
- LORMAND. — La chaleur et le chancre simple. *France Médicale*, 1884.
- LORTAT-JACOB et LE RASLE. — Les différentes méthodes de traitement des bubons chancrelleux. *Monde Médical*, 15 juillet 1926.
- LUMIÈRE. — Choc anaphylactique et colloïdoclasie. *Presse Médicale*, 3 décembre 1921.
- MARINI. — Circa l'efficia della proteinoterapia nella cura del bubone venereo. *Gior. Ital. d. Mal. veneree ed Pelle* N° 1, 1921.
- Nuovo contributo allo studio del meccanismo della proteotossicassi terapeutica nelle malattie veneree. *Giorn. Ital d. Mal. veneree ed Pelle* N° 1, agosto 24, p. 1373.
- MARTINET. — Thérapeutique clinique.
- MAURIAC. — Traitement de l'adénopathie virulente ou chancrelleuse à son apparition. *Journal de Médecine et chirurgie pratique*, 1880.
- MÖLLER et MÜLLER. — Therapeutische studien uber Ulcus Molle. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 1900.
- MULLER R. — Über ein neues Anwendungsgebiet und das therapeutisch wirksame Prinzip parenteraler Proteinkörperzufuhr. *Wienklin-Wochenschr.* Jg 27, p. 84, 1916.
- NAKALO ET TAKEMOTO. — *Périodique japonais de Dermato et syphiligraphie*.
- NEISSER A. — Bemerkungen zur Therapie des Ulcus Molle. *Berlin Klin., Wochenschr.*, n° 36, 1895.
- NICOLAS. — Traitement des maladies vénériennes. *Bibliothèque Gilbert, Carnot et Baillière*, 1909.

- Traitement du chancre simple et de ses complications. *Bulletin Médical*, 1909.
- NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER, LEBEUF. — Essai de traitement du bubon. *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 6 mars 1923; *Lyon Médical*, 30 juin 1923.
- NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER ET DUMOLLARD. — Autohémothérapie et choc hémoclasique. *Société de Biologie*, 14 mai 1923.
- NICOLAS ET LACASSAGNE. — Traitement du bubon par l'autohémothérapie. *Journal de Médecine de Lyon*, p. 287, 20 mai 1925.
- Traitement du bubon chancrelleux par le vaccin T. A. B. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et syphiligraphie*. Masson, février 1926.
- NICOLLE. — Recherche sur le chancre mou. *Thèse Paris*, 1892-1893.
- NICOLLE ET DURAND. — Du chancre mou. *Presse Médicale*, 27 décembre 1924.
- NICOLLE. — Traitement des infections à bacille de Ducrey par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 décembre 1925.
- NOBL G. — Uber Bubon enbehandlung. *Deutsch. Med. Wochenschr.* N° 28, 1895.
- NOLF. — Bactériothérapie et Protéinothérapie. *Presse Médicale*, 24 février 1919.
- PONTOIZEAU. — *Presse Médicale*, p. 923, 3 novembre 1923; *Courrier Médical*, 18 novembre 1923.
- RATHERY. — Vaccinothérapie typhique. *Journal Médical français*, p. 110, mars 1919.
- REENSTIERNA. — *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 5 octobre 1921.
- Recherche sur le bacille de Ducrey. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, Fasc. 3-4, décembre 1923.
- RIVALIER. — *Thèse Paris*, 1924.
- Recherches récentes sur l'infection chancrelleuse. *Revue française de Dermato et vénéréologie*. Baillière, janv. 1925.
- J. ROLLET. — Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis et le chancre simple. Baillière, 1861,

- SALOMON ET WOEHLE. — Die Dosierung bei der Proteintherapie. *Zeutralbl f. Gynak.*, p. 562, 1921.
- SAUVEZ. — Les injections de lait dans le traitement des bubons. *Thèse Lyon*, 1921-22.
- SIMMONS. — Traitement du chancre simple par immersion dans l'eau chaude. *Med. Record, London*, 1875.
- TAMARA. — *Périodique japonais de Dermato et syphiligraphie.*, Vol. XII. fasc. 7, 1912.
- VIGNE, FOURNIER, ACQUAVIVA. — Méthodes générales de traitement des bubons. *Sud Médical et Chirurgical*, p. 3788, 15 décembre 1925.
- WELANDER. — Versuche weichen Schanker mittelst Wärme zu behandeln. *Nord. Med. Arkiv.*, N° 20, 1893.
- Weitere versuche mit der Behandlung mit wärme. *Nord. Med. Arkiv.* N° 12, 1895.
- WIDAL, ABRAMI. — Crise hémoclasique initiale. *Presse Médicale*, 13 février 1914.
- WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD. — Le choc hémoclasique. *Presse Médicale*, 3 avril 1920.
- Protéinothérapie et choc colloïdoclasique. *Presse médicale*, 5 mars 1921.
- Traitement du chancre mou. *Revue de Chimiothérapie et de Médecine générale*, janv., février 1926.
- Chancre mou. *Journal des Praticiens*, 26 décembre 1925.
- Bactériothérapie et Protéinothérapie. *Presse Médicale*, p. 583, 1917.
- Thérapeutique. *Collection Sergent*. Vol. XXX, t. 2.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre Premier. — Les différents traitements biologiques du chancre mou et de ses compli- cations 1912-1926 ...	11
Chapitre II. — Traitement des manifestations chancrelleuses par le vaccin T.A.B.....	21
Chapitre III.— Observations.....	31
Chapitre IV.— Différentes hypothèses sur l'action du vaccin T.A.B. employé dans le traitement des manifestations chancrelleuses	57
Conclusions	71
Bibliographie	75
